

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)**

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

%, у 2009-2010 рр. - 3,9 %, у 2010-2011 рр. – 6,7 %, у 2011-2012 рр. – 3,9 %, у 2012-2013 рр. – 0,7 %, у 2013-2014 рр. – 1,7 %, у 2014-2015 рр. – 2,4 %, віруси грипу В - у 2005-2006 рр. – у 0,3 % випадків, у 2006-2007 рр. – 0,9 %, у 2007-2008 рр. – 0,3 %, у 2008-2009 рр. – 0,7 %, у 2009-2010 рр. та у 2010-2011 рр., відповідно – 0,2 та 4,9 %, у 2011-2012 рр. – 0 %, у 2013-2014 рр. – 1,4 %, у 2014-2015 рр. – 4,1 %. В епідсезонах 2009-2010 рр. та 2010-2011 рр. завдяки методу ПЛР віруси грипу А(Н1N1) Каліфорнія були виявлені у 34,2 та 16,4 % проведених досліджень відповідно.

Висновки. ЕП грипу у 2005-2015 рр. характеризувався зниженням показників захворюваності і питомої ваги у структурі ГРВІ, при цьому, частота ізоляції сезонних вірусів грипу А і В та грипу А(Н1N1) Каліфорнія з клінічного матеріалу зросла.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОПІСТОРХОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2010-2015 рр.

Фролова Л. С.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Ільїна Н. І.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Опісторхоз - природно-осередкове захворювання Сумщини, є другим за величиною після Об-Іркутського басейну, де екстенсивність інвазії місцевого населення досягає 85 % (С. А. Бер, 2005), поширене в басейні Дніпра і його приток (Псел, Сула, Сейм, Ворскла та ін.). Опісторхоз розповсюджений на території Сумської області і не має тенденції до зниження (за 2015 рік захворюваність зросла на 34 %). Вказаний протозооз може призвести до формування вторинних імунodefіцитних станів, посилювати епідеміологічно несприятливу ситуацію щодо кишкових бактеріозів, знижувати ефективність вакцинопрофілактики при різних інфекціях, ускладнювати перебіг та збільшувати частоту супутньої патології.

Мета роботи - визначити клінічні особливості перебігу опісторхозу на Сумщині.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичні карти 65 пацієнтів (36 чоловіків та 29 жінок), які перебували на лікуванні у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького у 2010-2015 рр. з діагнозом опісторхоз. Отримані дані занесені в електронну карту досліджень, піддані статистичній обробці з використанням програми Microsoft Excel.

Результати. Середній вік хворих складав $(47,20 \pm 1,94)$ років, при цьому 83,08 % обстежених старше 30. Захворювання мало переважно хронічний перебіг (98,5 %), лише у поодиноких випадках - гострий (1,5 %); у більшості випадків спостерігався середній ступінь тяжкості (86,0 %), в незначній кількості - легкий та тяжкий, 11,0 % та 3,0 % відповідно; діагностовано в основному мінімальний ступінь інвазії (76,92 %), у частини обстежених - помірний (21,54 %) та високий (1,54 %). Середня тривалість лікування – 11 днів.

У половини хворих (53,84 %) були скарги на загальну слабкість. Кожний третій обстежений відмічав тяжкість у правому підребер'ї (33,85 %), Близько третини пацієнтів скаржились з однаковою частотою на біль у правому підребер'ї та нудоту (30,77 %). Кожний п'ятий скаржився на печію (20 %). Певну частину пацієнтів турбували проноси, що змінювалися закрепками (16,92 %). Однакова кількість обстежених висловлювала скарги на біль у епігастрії та гіркоту в роті (15,35 %). Деякі висловлювали невдоволення з приводу відчуття тяжкості у ділянці шлунка (12,3 %), частих закрепів (9,23 %), сухості в роті (6,15 %), здуття живота (6,15 %), болю по всьому животу (4,61 %), відрижки (1,53 %), блювання (1,53 %). Незначна частина пацієнтів скаржилася на зниження маси тіла (9,23 %) та апетиту (6,15 %), лихоманку (6,15 %), висипання (4,62 %), субфебрилітет (3,07 %), свербіж (1,53 %). Температура тіла нормалізувалася в середньому на 2-й день госпіталізації.

У клінічному аналізі крові середній рівень лейкоцитів $(5,98 \pm 0,18)/л$ був у межах норми і не відрізнявся від групи порівняння $(6,0 \pm 0,13; p>0,05)$. Середній рівень еозинофілів $(3,57 \pm 0,51) \%$ не перевищував норми, але його рівень виявився вищим у 2 рази порівняно з контрольною групою $(1,63 \pm 0,08; p>0,05)$. ШОЕ $(10,94 \pm 1,25)$ мм/год та середній рівень гемоглобіну $(135,82 \pm 1,93) /л$ відповідає значенням норми та групи порівняння $(9,53 \pm 0,64; p>0,05)$ та $(131,63 \pm 1,06; p>0,05)$ відповідно.

За даними УЗД, у більшості пацієнтів розміри печінки збільшені (92,31 %), при цьому більш ніж у половини обстежених її ехогенність підвищена (64,61 %), ущільнення судин печінки спостерігалось у 53,84 % осіб. При обстеженні жовчного міхура виявлено ущільнення стінки – у кожного другого (52,3 %), наявність пристінкового шару – у 60 %, наявність конкрементів – у 7,93 %. Розміри підшлункової залози здебільшого у межах норми (96,82 %), лише у незначної частки вона збільшена (3,17 %), при цьому переважає її однорідна структура (58,73 %).

Майже у половини обстежених (46,15 %) виявлено хронічний холецистит. У 43,07 % виставлено діагноз гастродуоденіт, з них у (64,29 %) – у стадії загострення зі збереженою секреторною функцією шлунка. Кожний четвертий (24,62 %) хворів на хронічний холецистохолангіт у стадії загострення. У 21,54 % пацієнтів діагностовано хронічний гепатит неуточнений, у 4,52 % – вірусні гепатити. Невелика частка хворих (13,85 %) мала дискінезію ЖВШ за гіпокінетичним типом. У 6,15% зустрічався дуоденогастральний рефлюкс, у 3,07 % – виразка дванадцятипалої кишки, у 3,07 % – хронічний панкреатит у стадії нестійкої ремісії.

Висновки. Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки середнього віку. Недуга мала хронічний перебіг середнього ступеню тяжкості з мінімальним ступенем інвазії. Хворі найчастіше скаржились на загальну слабкість, біль і тяжкість у правому підбер'ї, нудоту, печію, проноси, що змінювалися закрепамі. При дослідженні клініко-лабораторних показників виявилось, що середні рівні лейкоцитів, еозинофілів, ШОЕ не відрізнялося від норми та показників групи порівняння. УЗД показало, що у більшості пацієнтів печінка збільшена, ехогенність її підвищена та судини ущільнені. У кожного другого у жовчному міхурі виявлялося ущільнення стінки, конкременти були лише у незначної частки хворих. Найбільш частим ускладненням виявився хронічний холецистит та гастродуоденіт середнього ступеню тяжкості у стадії загострення зі збереженою секреторною функцією.

МІКРОБІОТИЧНІ АСПЕКТИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРАПІЇ

Чемич О. М.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Мороз Л. В.

Сумський державний університет. Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

В Україні існують екологічні та соціально-економічні передумови для існування гострих кишкових інфекцій. У результаті широкого застосування антибактеріальних препаратів, постала проблема зростання чисельності полірезистентних штамів, пригнічення нормальної мікрофлори.

Мета роботи. Встановити мікробіотичні зміни вмісту товстої кишки при сальмонельозі в залежності від терапії.

Матеріали і методи. Обстежено 165 хворих, госпіталізованих у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького, середній вік яких склав $(43,97 \pm 1,56)$ року. Було 104 чоловіків і 61 жінка. Пацієнти ушпиталізовані на $(1,91 \pm 0,10)$ день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. Крім загальноклінічних обстежень було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на $(5,98 \pm 0,18)$ добу з моменту госпіталізації. Хворих було поділено на 3 групи. Пацієнти, які отримували лише базисну терапію увійшли у групу А, іншим до базисної терапії було введено пробіотик лакто – група Б і пацієнти які не отримували антибактеріальної терапії – група В. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

Результати дослідження. При дослідженні мікробіоценозу товстої кишки до лікування встановлено, що в усіх групах хворих кількість біфідобактерій і лактобацил була на два порядки меншою, ніж у контрольній групі, а рівень інших представників умовно патогенної мікрофлори (УПМ) був збільшений ($p < 0,05-0,001$).

Встановлено, що в періоді ранньої реконвалесценції різні лікувальні препарати неоднаково впливали на мікробіоценоз товстої кишки. Так, у хворих які отримували лише